

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 11

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE

LA PRÉSENTATION DU FRONT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Novembre 1932

PAR

Louis-Henri-Marie PIRIOU

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BREST (Finistère), le 13 juillet 1907.

	MM. ANDÉRODIAS, professeur	Président.
Examineurs de la Thèse	BÉGOUIN, professeur	Juges.
	PERY, agrégé	
	CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 11

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE

LA PRÉSENTATION DU FRONT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 23 Novembre 1932

PAR

Louis-Henri-Marie PIRIOU

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à BREST (Finistère), le 13 juillet 1907.

Examineurs de la Thèse	{	MM. ANDÉRODIAS, professeur. . .	<i>Président.</i>
		BÉGOUIN, professeur	<i>Juges.</i>
		PERY, agrégé	
		CHARRIER, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR
3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurq. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.	CARLES.	Clinique gynécologique.	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale.	DELAUNAY.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale.	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHEYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
id.	DUFOUR.	id.	JEANNENEY.
Physiologie.	FABRE.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale.	N.	Obstétrique.	PERY.
id.	AUBERTIN.	id.	RIVIÈRE.
id.	DAMADE.	Ophthalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.	JOULIA.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.	PAPIN.	Puériculture	FAUGÈRE.
Physiologie	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements.	PERY.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Ophtalmologie			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			MM. { CABANNES (en congé). BEAUVIEUX (chargé).
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle			N.
id.			GOURDON.
Clinique dentaire			DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES FRERES ET SOEURS

AUX MIENS — A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE ET DES COLONIES

AU SUPERIEUR ET AUX PROFESSEURS
DU COLLEGE SAINT-LOUIS, DE BREST

A MES MAITRES DE L'ECOLE ANNEXE DE BREST
ET DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE
DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

AU DOCTEUR R. MAHON

Chef de clinique obstétricale à la Faculté.

Dont les conseils bienveillants nous ont
aidé dans ce travail.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS

*Professeur de Clinique d'accouchements
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux,
Accoucheur des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous fait en acceptant la prési-
dence de notre thèse et l'assurons de no-
tre profonde gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE

LA PRÉSENTATION DU FRONT

HISTORIQUE

Pendant longtemps les auteurs n'ont pas considéré la présentation du front comme une présentation autonome; certains la regardaient comme une variété du sommet, d'autres, plus nombreux, comme une modalité de la face, et la décrivaient sous le titre de « présentation de la face en variété frontale ».

Dans la présentation du sommet, la fontanelle postérieure est accessible au doigt explorateur; dans le cas de présentation du front, cette fontanelle n'est jamais atteinte.

Le Professeur Pinard différencie le front de la face de la façon suivante : « Ce qui caractérise la présentation de la face, c'est que le menton s'engage le premier dans l'excavation et se dégage le premier; il est accessible pendant toute la durée du travail. Dans la présentation du front, le menton descend le dernier et se dégage le dernier dessous la symphyse; à aucun moment il n'est accessible au doigt explorateur. »

C'est Mauriceau, en 1740, qui affirme le premier avoir vu des enfants venir « la face en dessus et le front devant ».

Solayrès de Renhac et son élève Baudelocque l'énumèrent parmi les différentes variétés de présentation.

Mme Lachapelle est la première à donner une étude complète de la variété frontale de la présentation de la face. Elle cite 9 observations, dont 7 ne purent se terminer spontanément.

Jacquemier, en 1846, est partisan de la transformation manuelle ou instrumentale.

A l'étranger, les ouvrages se succèdent. En Allemagne, aux mémoires de Hecker, Spaeth, Helly, font suite les travaux de Schroeder et la thèse d'Ahlfeld.

En 1880, l'Italien Mangiagalli émet la théorie suivant laquelle le diamètre occipito-mentonnier s'engage obliquement, le menton le premier, dans l'excavation. Cette hypothèse est soutenue par ses compatriotes Chiarleoni, Negri Marchionneschi.

Le Suédois Heinricius, en 1883, fait un exposé très complet de la présentation du front.

Vers 1885, les accoucheurs français prennent parti pour ou contre la théorie de Mangiagalli. C'est alors la thèse de Devars à Lyon, les travaux de Blanc et surtout de Pollosson qui bat en brèche la théorie de Mangiagalli et montre que dans le mouvement de descente l'occiput s'engage le premier.

Gravier, dans sa thèse, en 1892, faite à l'instigation de Varnier, propose la symphyséotomie comme intervention de choix pour les variétés frontales dans les bassins viciés.

Nous relevons encore les articles de Fieux, de Wallich, les communications de Pinard, les thèses d'Oster, de Chevalier, de Bassin, les travaux du Professeur Pery, de Levy, de Fournier, de Favreau, de Rossier.

De ces travaux, tous très intéressants, ne découle pas une impression d'unanimité qui permette de clore le débat, aussi ne nous a-t-il pas paru inutile d'apporter quelques faits nou-

veaux et de les ajouter au dossier de la présentation du front.

Ces observations, dont nous devons quelques-unes à l'obligeance de M. le Professeur Andérodias et de M. le Docteur Mahon, ont été relevées par nous dans les registres de la Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Bordeaux au cours des quinze dernières années.

DEFINITION

Il faut d'abord s'entendre sur le terme de « présentation du front ». Il est classique de définir la présentation « une partie fœtale suffisamment volumineuse qui se présente dans l'aire du détroit supérieur ». Ainsi comprise, la présentation du front, au lieu d'avoir la rareté qui lui est unanimement reconnue, deviendrait une des plus fréquentes, surtout chez les multipares, à la fin de la grossesse.

Sans doute, Le Lorier a-t-il raison quand il dit (*Pratique de l'art des accouchements*, 1927, t. I, p. 406) « que cette présentation ne consiste nullement dans le fait que la tête se présente au détroit supérieur dans une attitude intermédiaire à la flexion et à la déflexion, avec une grande fontanelle située à peu près exactement au centre du détroit supérieur... On ne doit conserver en réalité sous ce nom que les cas dans lesquels la tête, s'étant présentée au détroit supérieur en front, s'engage dans la même attitude dans l'excavation pelvienne et vient se dégager en front au détroit inférieur et à la vulve ».

Certes, nous voulons bien admettre que l'attitude intermédiaire soit aussi fréquente que passagère et nous ne prétendons pas étiqueter front une tête en déflexion moyenne qui, au cours de sa descente, accentuera sa déflexion ou, au contraire, se fléchira. Mais nous trouvons excessif d'exiger d'un front « qu'il se dégage en front au détroit inférieur et à la vulve ».

Cette définition éliminerait les fronts qui se sont arrêtés au détroit supérieur ou dans l'excavation, c'est-à-dire les fronts dystociques, et l'on sait, au contraire, que la présentation du

front est la présentation dystocique par excellence. Non seulement les têtes qui parcourent toute la filière pelvienne en déflexion moyenne, mais aussi celles qui *restent bloquées* dans cette attitude en un point quelconque du trajet nous paraissent mériter cette appellation. Ce ne sont ni des sommets ni des faces, il faut bien que ce soit des fronts.

ETIOLOGIE ET FREQUENCE

La plupart des auteurs considèrent la présentation du front comme une rareté. Les relevés de Hecker lui montrent 1 cas sur 1.025 accouchements. Oster cite 1 cas sur 1.157. Heinrichs trouve 12 cas sur 5.009, et les statistiques de la Clinique d'accouchements de Bordeaux nous donnent 24 cas sur 12.500 accouchements, soit 1 p. 500.

Les causes de cette présentation viennent de la mère, du fœtus ou des annexes fœtales.

A. — CAUSES RELATIVES A LA MÈRE.

La multiparité, qui entraîne une perte de tonicité des parois utérines et abdominales, et par là même contrarie l'accommodation.

Heinricius relève 111 multipares pour 81 primipares, soit 60 p. 100. Cholmogoroff, 73 p. 100.

Dans notre statistique, nous avons 18 multipares sur 24-cas de présentation du front, donc 75 p. 100.

Devars, après de nombreuses expériences sur bassin en bronze, conclut que les rétrécissements du bassin favorisent les présentations du front. Budin le note dans plus du quart des cas.

L'obliquité utérine intervient dans une moindre proportion; nous en avons un exemple dans l'observation XXI, où nous relevons une antéversion utérine. D'autre part, Oui cite une présentation du front due à une hystéropexie par ventrofixation.

Nous pouvons encore citer les tumeurs siégeant au niveau

du segment inférieur, fibrome et surtout placenta prævia. Pinard attache une grande importance à l'insertion basse du placenta dans l'étiologie des présentations du front. De même, Oster croit à l'influence prépondérante du rétrécissement mou de Fruhinsholtz. Nous relevons 7 cas de placenta prævia dans nos observations (27 p. 100).

Enfin, Vanverts cite « le rétrécissement permanent de l'anneau de Bandl, qui, rétracté sur le cou du fœtus, s'oppose à la flexion et à la déflexion.

B. — CAUSES RELATIVES AU FŒTUS.

Le faible volume du fœtus intervient surtout chez les prématurés. Cette petitesse se trouve dans 3 de nos observations, soit 12 p. 100.

Le voisinage d'une deuxième tête fœtale empêche la présentation franche de l'extrémité céphalique.

L'hydrocéphalie, qui transforme d'une façon relative un bassin normal en bassin rétréci. Award signale la brièveté du cou et le torticolis congénital. Ahlfeld invoque le goitre congénital. Nous pouvons aussi ajouter l'œdème généralisé et, d'une façon générale, l'excès de volume du fœtus.

C. — CAUSES RELATIVES AUX ANNEXES FŒTALES.

La procidence du cordon, la procidence d'un ou plusieurs membres immobilisant la tête fœtale ont pu avoir une influence directe sur la présentation. De même les circulaires du cordon. Enfin, l'excès de liquide amniotique.

Signalons encore que dans deux observations la présentation du front s'est montrée à la suite de version par manœuvres externes.

Le plus souvent, ces diverses causes n'agissent pas isolément; la présentation du front est la résultante de plusieurs d'entre elles.

MECANISME

Le mécanisme de l'accouchement dans la présentation du front a suscité de nombreuses théories. Les principales sont celles de Mme Lachapelle, de Mangiagalli et de Pollosson.

Pour Mme Lachapelle, le diamètre occipito-mentonnier s'engage parallèlement au plan du détroit supérieur. Or, ce diamètre mesure 13 cm. 5, il est donc plus grand que le diamètre maximum du bassin; pour qu'il puisse le franchir, il faudrait admettre une réduction de ce diamètre O. M.

En 1880, Mangiagalli prétend que la tête s'engage obliquement, le menton descendant avant l'occiput dans l'excavation. D'autre part, le dégagement s'effectue de telle façon que l'occiput sort bien avant le menton, celui-ci étant la dernière partie céphalique qui se dégage. Il faudrait donc que ce diamètre O. M. de 13 cm. 5 bascule dans l'excavation, qui ne mesure que 12 centimètres.

Marchionneschi et Blanc admettent la théorie de Mangiagalli, mais, pour expliquer le dégagement particulier de la tête, croient que le menton, descendu le premier, remonte pour permettre à l'occiput de passer.

Devars l'explique par un mouvement de rétropulsion du coccyx, ce qui est mécaniquement impossible, l'occiput ayant encore à balayer une partie de la face antérieure du sacrum avant de bénéficier de cette bascule.

Pour Pollosson, « le diamètre O. M. s'engage bien obliquement dans l'excavation, mais c'est l'extrémité occipitale de ce diamètre qui y pénètre la première. La descente de la tête est alors possible, et le dégagement se fera par un mouvement de rotation, qui permettra aux diamètres sous-nasaux de la tête de basculer dans l'excavation ».

Pourquoi, dans ce cas, la transformation du front en sommet n'est-elle pas plus fréquente ? On a prétendu que cette transformation ne peut se faire par suite de l'allongement des diamètres verticaux de la tête.

Parmi nos observations, deux fois nous avons observé l'accouchement spontané, la tête ayant évolué en front et le dégagement en naso-pubien; deux fois il y a eu transformation en sommet et deux fois transformation en face.

Les deux accouchements qui se sont produits en front ont donné des enfants de 3 kg. 3 et 4 kg. 3, dont les diamètres O. M. mesurent 12 cm. 5 et 13 cm. 5. Les autres, qui ont évolué en sommet ou en face, ont des diamètres O. M. de 12 centimètres, 11 centimètres et 12 cm. 3.

Si la théorie de Pollosson était vraie, la transformation en sommet devrait être plus fréquente que la transformation en face.

D'autre part, Mme Lachapelle nous dit que le diamètre O. M. s'engageant parallèlement au plan du détroit supérieur subit une réduction. Or, la moyenne des diamètres O. M. relevés dans nos observations nous donne 12 cm. 5, correspondant à la théorie de Mme Lachapelle.

Quelle que soit la théorie que l'on admette, nous croyons avec le Professeur Pinard que « le mécanisme de l'accouchement du front ne pourra être réalisé que dans des conditions spéciales; il exige certaines dimensions du bassin et de la tête fœtale, et surtout une plasticité particulière de cette dernière ».

DÉFORMATIONS DE LA TÊTE.

Dans la présentation du front, les déformations osseuses sont très marquées.

Comme l'admet Mme Lachapelle, il y a une diminution du diamètre O. M. qui tombe à 12 cm. 5 et même au-dessous.

D'après nos relevés, les diamètres céphaliques subissent les variations suivantes :

Le diamètre O. F. reste à peu près normal avec une moyenne de 41 cm. 5.

Par contre, les diamètres S. O. B. et S. O. F. sont augmentés, atteignant 40 cm. 5 pour le premier, 41 cm. 5 et même 42 centimètres pour le second.

Le diamètre le plus allongé est le S. M. B., qui arrive à 41 centimètres et 41 cm. 5, avec une moyenne de 40 cm. 5.

Les autres diamètres de la tête fœtale gardent des dimensions normales.

DIAGNOSTIC

L'interrogatoire et l'inspection ne donnent que peu de renseignements. On pourra cependant rechercher systématiquement les stigmates du rachitisme.

La palpation avant l'engagement permet de constater une tête mal fléchie, avec d'un côté, la saillie occipitale et de l'autre le front, l'occiput étant plus élevé que ce dernier.

Pendant la grossesse, la radiographie permet de vérifier d'une façon certaine ce que le palper permet de soupçonner : la position indifférente de la tête. Mais cette constatation n'aurait aucun intérêt clinique; les têtes en déflexion moyenne ou mal fléchies sont légion pendant la grossesse, surtout chez les multipares. Il ne saurait être question de présentation du front avant le travail.

L'auscultation ne fournit pas de renseignement intéressant. C'est le toucher qui permettra de reconnaître la présentation et la position. Avec un segment inférieur encore épais, le diagnostic restera en suspens; mais si la poche des eaux est rompue, le doigt explorateur arrivera sur une tumeur dure, arrondie.

Après une dilatation suffisante pour permettre une exploration plus approfondie de cette tumeur, on constate : d'un côté, les bosses frontales, la suture sagittale, la fontanelle antérieure, la suture médio-coronale; de l'autre côté, les arcades orbitaires, les globes oculaires, la saillie du nez.

Parfois, ces régions seront dissimulées sous la tuméfaction de la bosse séro-sanguine.

PRONOSTIC

Tous les auteurs considèrent comme très sévère le pronostic de la présentation du front.

Mme Lachapelle, sur 12 observations, dut intervenir 7 fois. Cholmogoroff, sur 101 cas, note 22 accouchements naturels, 30 forceps, 13 versions et 36 perforations du crâne. A la Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Bordeaux, nous relevons sur 24 cas :

Accouchement naturel : 6 (2 en front et 4 transformations spontanées en face [2] et en sommet [2] = 25 p. 100;

Forceps : 2 = 8,3 p. 100;

Transformation manuelle : 3 = 12,5 p. 100;

Version par manœuvres internes : 10 = 41 p. 100;

Césarienne basse : 2 = 8,3 p. 100;

Basiotripsie : 1 = 4 p. 100.

PRONOSTIC FŒTAL.

Von Hecker trouve une mortalité fœtale de 25 p. 100; Heinrichus, 26,35 p. 100; Award, 50 p. 100. Maret obtient la meilleure proportion avec 23 p. 100. Pour notre statistique, la mortalité fœtale est de 25 p. 100.

PRONOSTIC MATERNEL.

Il est très variable suivant les auteurs. Oster obtient 11,11 p. 100 de mortalité maternelle, Heinrichus 17 p. 100, Cholmogoroff 2,97 p. 100. Pour Maret, la mortalité est nulle;

il en fut de même à la Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Donc, pour résumer la statistique que nous avons relevée, nous trouvons :

25 p. 100 d'accouchements spontanés, dont 8, 30 p. 100 en front;

66 p. 100 d'interventions obstétricales par voie basse;

8,3 p. 100 d'interventions chirurgicales,

ayant donné une mortalité maternelle nulle et 25 p. 100 de mortalité fœtale.

EVOLUTION

D'après les observations relevées, nous voyons que 6 fois l'accouchement s'est produit spontanément. Dans 2 cas (obs. III et IV), la présentation a été le front pendant toute la durée du travail, le dégagement s'est fait en naso-pubien. Ces enfants, de 3 kg. 300 et 4 kg. 300, ont un diamètre O.M. de 12 cm. 5 pour le premier et 13 cm. 5 pour le second.

Deux accouchements se sont produits après transformation spontanée en sommet (obs. XVII et XXIV). Le premier est un enfant de 3 kg. 300, ayant un diamètre O.M. de 12 centimètres; l'autre cas, enfant de 2 kg. 890, présente un diamètre O. M. de 11 cm. 5, légèrement inférieur à la moyenne.

Enfin, 2 autres ont évolué en face (obs. VII et XI). Les enfants sont petits : 3 kg. 180 et 2 kg. 540; le diamètre O.M. du premier mesure 12 cm. 3. Les diamètres céphaliques du second sont inconnus.

En somme, dans 25 p. 400 des cas, nous avons un accouchement spontané. Parmi ces 6 cas, 2 des enfants sont petits, puisqu'ils pèsent 2 kg. 890 et 2 kg. 540, mais 3 atteignent la moyenne et 1 la dépasse largement, puisque son poids est de 4 kg. 300. Nous devons toutefois reconnaître que la mère de ce gros enfant était à sa neuvième gestation. Les autres se répartissent ainsi : trois II-pares, une III-pare et une IV-pare.

Ces simples constatations imposent une conclusion. La présentation du front au détroit supérieur n'est nullement incompatible avec un accouchement spontané.

Il est classique que cet accouchement spontané puisse se faire secondairement à une transformation naturelle du front

en face ou en sommet, c'est-à-dire à une disparition spontanée de la dystocie.

Il est également classique que le dégagement en front puisse s'observer avec un fœtus petit, évoluant dans un bassin normal. Mais le fait très particulier et certainement rare que 2 de nos observations mettent en évidence est la possibilité du *dégagement en présentation incontestable du front de deux enfants de 3 kg. 300 et 4 kg. 300.*

Pour être exceptionnels, ces faits n'en démontrent pas moins que la présentation du front, à quelque endroit de la filière génitale qu'elle soit constatée, n'est pas *a priori* incompatible avec une terminaison naturelle et favorable de l'accouchement.

On en déduit une notion grosse de conséquences pratiques : l'abandon d'une thérapeutique prophylactique active systématique.

TRAITEMENT

La terminaison spontanée de l'accouchement, dans la présentation qui nous occupe, soit en front, soit en face, soit en sommet, nous montre que la thérapeutique peut se proposer comme but la réalisation artificielle de l'une de ces éventualités.

A la Clinique d'accouchements, la transformation en sommet fut possible deux fois (Obs. VI et XVIII) et donna naissance à deux enfants vivants. L'observation VI est celle d'un enfant de 1.400 grammes prématuré, de 6 mois $1/2$. Dans l'observation XVIII, la version était impossible, la césarienne basse n'était pas encore entrée dans la pratique; si on n'avait pu réussir la transformation en sommet, il aurait fallu sacrifier l'utérus après césarienne.

D'après Audebert, la transformation en face serait plus facile que la transformation en sommet, « puisque l'ovoïde céphalique se trouve alors dans une attitude beaucoup plus proche de la déflexion que de la flexion ». Sur 12 cas de présentation du front, la transformation en face lui a permis d'obtenir 4 succès. Mme Lachapelle la recommandait. Dans notre statistique, elle a donné un succès dans le seul cas où elle ait été tentée.

On a recouru six fois au forceps, dont deux fois seulement avec succès, soit 33 p. 100 des cas.

La première fois, il s'agit d'un enfant dont le diamètre O. M. est de 13 cm. 5 et la deuxième fois d'un enfant de 4 kilos, avec O. M. de 13 cm. 1.

Le forceps est d'une application difficile dans les présentations du front; il y a souvent de mauvaises prises et des

dérapages. Comme le dit le docteur Pinard, « dans cette application de forceps, on ne doit jamais s'acharner à extraire le fœtus quand même, car ce n'est que trop souvent qu'en voulant atteindre l'idéal de Levret, qui consiste à sauver la mère et l'enfant, on les sacrifie tous les deux ». On peut répéter la phrase de Bassin disant du forceps sur le front ce qu'il est classique de dire du forceps au détroit supérieur : « C'est une basiotripsie déguisée. »

C'est la version podalique qui a été pratiquée avec la plus grande fréquence à la Clinique d'accouchements. Nous relevons 10 interventions de ce genre, avec 5 morts.

Deux fois la version fut tentée après échec du forceps et quatre fois à la suite de la version, il fallut une application de forceps sur la tête dernière. Cette complication est peut-être la cause de la mort de ces quatre enfants.

Pratiquée dans de bonnes conditions : dilatation complète, bassin assez large, membranes rompues depuis peu et utérus non rétracté, c'est une bonne opération. Mais il vaut mieux, si ces conditions ne sont pas réalisées, ne pas la tenter et recourir à une autre intervention.

De la basiotripsie nous dirons peu de chose, ses indications ne prêtant guère à beaucoup de discussions à l'heure actuelle. Nous ne pouvons que répéter la phrase fameuse de Pinard : « La basiotripsie sur enfant vivant a vécu. » On n'y recourra donc jamais tant qu'il restera quelques chances de sauver le fœtus. Par contre, on la pratiquera d'office chaque fois que le fœtus aura succombé, hormis les cas où une contracture utérine intense avec menace de rupture ou une infection amniotique sévère imposeront la césarienne dans le premier cas et l'hystérectomie dans le second.

Les pelvitomies ont été proposées depuis longtemps déjà dans le traitement de la dystocie par présentation du front (Varnier, 1892). Il est certain que cette conduite est logique. Nous ne pouvons en apprécier les résultats, puisqu'elle n'a jamais été suivie à la Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Les raisons qui font préférer à la majorité des accoucheurs français la césarienne basse aux pelvitomies dans le traitement de la dystocie par rétrécissement pelvien, par anomalies de la dilatation, etc., sont les mêmes qui dicteront cette préférence en cas de présentation dystocique du front. Comme l'a dit Shickelé au Congrès de Paris, 1923, « si vous choisissez la césarienne basse, vous disposez d'une arme qui répond à tous les besoins ».

Cette césarienne basse n'a été pratiquée que deux fois à la clinique d'accouchements de Bordeaux, parce que ses indications n'ont pas été réalisées plus souvent par une présentation du front depuis qu'elle est entrée dans la pratique courante du service (1923).

Dans ces deux cas (Obs. II et V), il s'agit de gros enfants de 4 kg. 200 et 4 kg. 580, dont tous les diamètres céphaliques sont supérieurs à la moyenne. Il est probable que les interventions précédentes auraient échoué, et nous devons nous réjouir de ce que la césarienne basse nous ait permis de sauvegarder au maximum les intérêts de la mère et ceux de l'enfant.

Pour terminer, il nous reste à préciser les indications posées par les cas cliniques particuliers.

Le pourcentage des accouchements spontanés est trop faible pour qu'il soit permis de tabler de façon certaine sur une terminaison naturelle et favorable du travail. Chaque fois que l'on se trouvera en face d'une présentation du front, et que les conditions strictement requises pour exécuter une version par manœuvres internes (bassin normal, poche des eaux intacte ou récemment rompue, absence de contracture ou de rétraction utérine, dilatation complète), nous pensons qu'il faudra éviter au fœtus les aléas ultérieurs du travail et l'extraire par cette manœuvre. Ainsi comprise, ainsi limitée, la version par M. I. donnera certainement des résultats autrement favorables que ceux obtenus jusqu'à ce jour et que traduisent les 50 p. 100 de mortalité fœtale de notre statistique.

Le forceps ne devra pas être systématiquement rejeté; son application sera réservée aux cas où, le fœtus étant petit, la présentation très descendue, le front non enclavé, la manœuvre s'annoncera comme facile, comme autre chose qu'une « basiotripsie déguisée » ou même qu'un coup de dés dont dépendra le sort du fœtus.

Mais en dehors de l'un ou l'autre de ces cas (qui ne sont certainement pas ceux que l'on rencontre le plus souvent en pratique), la conduite à tenir nous paraît devoir s'inspirer de la règle suivante :

Le cas type est celui d'une présentation du front au détroit supérieur ou à la partie haute de l'excavation; dilatation complète ou incomplète, membranes rompues : il ne faudra ni trop se hâter, ni trop attendre.

En se rappelant que dans un quart des cas (et peut-être plus si on avait su toujours éviter une intervention intempestive) tout peut s'arranger spontanément, il faut faire une *épreuve du travail* loyale et laisser au fœtus toutes ses chances de naître spontanément.

Mais dès qu'une attente suffisamment prolongée (et c'est ici affaire d'expérience et de sens clinique), sans laisser courir au fœtus des risques de souffrance grave, à la mère des risques d'infection, sans laisser passer, en un mot, l'heure chirurgicale, on optera pour la césarienne basse.

Cette intervention ne peut que donner dans ces conditions les mêmes résultats que dans la dystocie pelvienne après *épreuve du travail*, c'est-à-dire une mortalité fœtale et maternelle tendant de plus en plus vers 0.

Ainsi, par un éclectisme thérapeutique bien entendu, le pronostic de la présentation du front doit être complètement différent, tant pour la mère que pour le fœtus, de ce qu'il était encore il y a une vingtaine d'années.

DOCUMENTS CLINIQUES

Série continue des observations de présentation du front observées à la Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Bordeaux, du 1^{er} janvier 1917 au 31 décembre 1931.

OBSERVATION I.

Présentation du front. — Version par manœuvres internes.

(15 févr. 1931, n° 124.)

IV-pare de 22 ans, entre en salle d'accouchements le 15 février, à 21 heures. Grossesse de 8 mois 1/2. Elle est en travail, la dilatation est à grande palmaine. La poche des eaux est intacte. Le toucher permet de sentir les bosses frontales, les globes oculaires, le nez. Les bruits du cœur sont bons. Présentation du front en N. I. G. A.

A 22 heures, la dilatation est complète; on rompt la poche des eaux, on ne peut réussir la flexion ni la déflexion. Sous anesthésie générale, on fait une version par manœuvres internes : on saisit de la main gauche les deux pieds du fœtus et on les amène à la vulve. L'évolution est facile. Aucune difficulté pour l'extraction du siège, les bras se relèvent, mais on les abaisse facilement.

Enfant de 3 kg. 330, qui crie dès sa naissance.

O. M. = 13 S. O. B. = 10,5 B. T. P. = 10,4 S. M. B. = 10,5

O. F. = 11,7 S. O. F. = 11,5 B. I. T. = 7,3

Suites normales.

OBSERVATION II

Césarienne basse.

(19 mars 1931, n° 215.)

Mme B..., primipare de 25 ans, hospitalisée depuis le troisième mois de sa gestation. Il s'agissait d'une présentation du siège qui

a depuis tourné spontanément. La tête est restée très élevée; le bassin est normal.

Début du travail le 19 mars, à 8 heures.

A 20 heures, alors que la dilatation est à petite palmaire, la poche des eaux se rompt spontanément, du méconium s'écoule en abondance et les bruits du cœur deviennent mauvais. On s'aperçoit à ce moment seulement qu'il s'agit d'une présentation du front en N. I. G. T.

L'excès de volume utérin (H. U., 37 cm.) montre qu'il s'agit d'un gros enfant. On décide d'emprunter la voie haute. Intervention à 21 heures. Césarienne basse typique sous rachianesthésie. Flot de méconium à l'incision du segment inférieur. Difficultés pour extraire la tête fœtale, qu'il faut luxer avec une branche de forceps. Il s'agissait bien d'une présentation du front bloquée au détroit supérieur. Enfant étonné de 4 kg. 200, rapidement ranimé.

Suites normales, sauf abcès de la paroi chez la mère.

O. F. = 13,7 S. O. F. = 13,3 B. I. T. = 10,5

S. O. B. = 11,7 B. I. P. = 10,2 S. M. B. = 12

OBSERVATION III.

Accouchement spontané.

(28 mars 1931, n° 255.)

Mme A..., II-pare de 21 ans. Entre en salle d'accouchements le 28 mars à 18 heures. Elle est en début de travail à terme et présente les symptômes suivants : coup de hache à gauche au palper de la région hypogastrique; col déhiscent, à travers lequel on sent une face en M. I. D. T.

Le travail ne se déclenche franchement que le 29, à 11 h. 30. Au cours de la période de dilatation, la tête descend légèrement en se fléchissant et se transforme en front. La dilatation est complète à 22 heures, front en N. I. D. T. à la partie inférieure de l'excavation. La parturiente a de bonnes contractions et pousse énergiquement; la rotation se fait, la descente se complète et le

foetus se dégage en naso-pubienne après 1 h. 45 de période d'expulsion. Enfant de 3 kg. 300, qui crie aussitôt.

O. M. = 12,5 S. O. B. = 10,6 B. I. P. = 9,5 S. M. B. = 11
O. F. = 11,8 S. O. F. = 11,5 B. I. T. = 8,4

OBSERVATION IV.

Accouchement spontané.

(14 mai 1931, n° 378.)

Mme T..., IX-pare, 37 ans, entre dans le service le 14 mai, à 0 heure. Elle est en travail et vient de perdre les eaux; le col est ouvert comme petite paume, et la sage-femme de garde touche une présentation élevée, qu'elle explore difficilement.

Vers 4 heures, la dilatation est complète et la présentation descend : on sent la grande fontanelle contre le rebord postérieur de l'excavation et on accède sur les globes oculaires et la racine du nez sans atteindre les narines.

Diagnostic. — Présentation du front en N. I. D. A.

Arrivée à la partie inférieure de l'excavation, la présentation s'arrête; on essaie vainement de la fléchir manuellement. La malade n'a plus aucune contraction utérine, l'utérus est souple et mou. On fait 1/2 cc. d'extrait hypophysaire et cinq minutes après, en deux contractions, la malade expulse un enfant de 4 kg. 300, qui crie aussitôt.

Suites très simples.

O. M. = 13,5 S. O. B. = 10,5 B. I. P. = 9,8 S. M. B. = 10,7
O. F. = 12,3 S. O. F. = 12,5 B. I. T. = 8,3

OBSERVATION V.

Césarienne basse.

(31 mai 1931, n° 427.)

Mme C..., 39 ans, III-pare, ayant accouché il y a vingt ans et il y a huit ans, entre en travail au terme de sa gestation actuelle le 30 mai, à 17 heures. Les membranes se rompent à 23 h. 30.

Le 31 mai, à 1 heure, on constate une antéverson utérine considérable, une présentation céphalique très élevée, des contractions régulières, un col dilaté comme paume de main. On essaie de réduire l'antéverson par un bandage de corps et de faire pousser la malade pour que la tête descende. Mais la dilatation reste stationnaire et la tête aussi élevée. On porte le diagnostic d'antéverson par gros utérus et éventration; étant donnée la hauteur de la présentation, on décide de passer par la voie abdominale.

Césarienne basse sous rachianesthésie à 4 h. 30. Décollement très poussé de la vessie et longue incision du segment inférieur; extraction aisée de la tête. On se rend alors seulement un compte exact de la situation : l'occiput était en arrière, la tête en déflexion moyenne; l'enfant présente l'ébauche des déformations caractéristiques du front (bosse séro-sanguine sur le bregma, nez aplati). On fait rétrospectivement le diagnostic de présentation du front en N. I. G. A.

Gros enfant de 4 kg. 380, qui crie aussitôt.

L'intervention est terminée typiquement; paroi en un plan aux fils de bronze.

Suites favorables.

O. M. = 13 S. O. B. = 9,5 B. I. P. = 10,3 S. M. B. = 11

O. F. = 11,5 S. O. F. = 10,5 B. I. T. = 8

OBSERVATION VI.

Accouchement prématuré de 6 mois 1/2 environ.

(5 février 1929, n° 78.)

III-pare de 23 ans. La malade ne peut fixer exactement l'âge de sa grossesse, n'ayant jamais eu ses règles depuis le précédent accouchement. Elle entre dans la salle le 5 février, à 12 heures. Col effacé, dilaté comme 1 franc. Tête élevée, poche des eaux intacte. Le début du travail remonte à 11 heures.

A 15 heures, l'utérus est très dur, les bruits du cœur sont mal perçus; on fait 1 cc. de morphine; une demi-heure après, l'utérus s'est relâché et on entend distinctement les battements du cœur

à droite et en arrière. La dilatation est complète à 17 h. 40. On rompt la poche des eaux : liquide amniotique normal. Après la rupture des membranes, la tête s'engage en présentation du front : N. I. D. A.

On réussit sans difficulté à fléchir la tête et on transforme cette présentation en sommet. La tête se dégagé en occipito-sacrée.

Enfant très petit (1.400 grammes), qui remue à peine et ne crie pas. On le baigne et on le réchauffe dans une couveuse artificielle.

OBSERVATION VII.

Transformation spontanée en présentation de la face.

(14 avril 1927, n° 285 bis.)

Mme C..., III-pare. Les deux grossesses antérieures se présentaient par le siège, et se sont terminées par transformation spontanée en sommet. Elle entre dans le service le 14 avril, à 15 heures; la dilatation est à 2 francs. Le début du travail remonte à 11 heures. La dilatation est complète à 16 heures. Rupture spontanée des membranes. Le toucher permet d'atteindre le front en avant et à gauche, la racine du nez et le globe oculaire; la bouche est inaccessible.

Diagnostic. — Présentation du front.

Quelques minutes après, la malade pousse énergiquement et le fœtus est expulsé rapidement en mento-pubienne. Enfant de 3 kg. 180, qui crie aussitôt.

O. M. = 12,3 S. O. B. = 8,9 B. I. P. = 9,2 S. M. B. = 9,6

O. F. = 11,5 S. O. F. = 10,8 B. I. T. = 7,4

OBSERVATION VIII.

Version par manœuvres internes.

(29 mai 1927, n° 411.)

Mme D..., 26 ans, entre à la Clinique d'accouchements le 29 mai 1927, à 17 heures, parce que la sage-femme a constaté un léger

rétrécissement transversal du bassin et que la tête foetale ne descendait pas dans l'excavation.

A son entrée, le col est effacé, dilaté à 2 francs, mais transversalement, présentant nettement une lèvre antérieure et une postérieure. La poche des eaux est intacte, la présentation est très élevée. On sent nettement la fontanelle antérieure à droite, en avant la suture interfrontale, les deux bosses frontales bordées par les arcades orbitaires, le nez et les orifices nasaux, mais on ne peut atteindre la bouche. Les contractions utérines sont assez espacées.

Quelques minutes après son entrée, les douleurs deviennent plus intenses et plus fréquentes. La dilatation est complète à 20 h. 30.

On rompt la poche des eaux, le liquide amniotique s'écoule, teinté de méconium. Injection hypodermique de 1 cc. de morphine. La tête ne se fléchissant pas et descendant, on craint un enclavement et on décide de pratiquer la version par manœuvres internes.

Anesthésie générale au chloroforme sans incident. La tête est facilement refoulée et la main passe aisément en avant de la face du fœtus. On saisit sans difficulté les deux pieds et on les abaisse.

Le fœtus tourne très bien dans la cavité utérine, un aide poussant à travers la paroi abdominale. Extraction facile d'un enfant de 3 kg. 600, qui crie aussitôt après sa naissance. A noter un circulaire autour du cou. Délivrance artificielle. Vérification de la cavité utérine.

Suites de couches bonnes.

OBSERVATION IX.

Version par manœuvres externes pendant la grossesse.

*Application de forceps à la partie inférieure de l'excavation
avec position de Devraigne-Descomps.*

(30 juillet 1927, n° 579.)

Mme D..., 25 ans. Primiparè. Une version par manœuvres externes fut pratiquée au huitième mois de la gestation pour présentation du siège.

A terme, elle a présenté pendant cinq jours des douleurs lombai-

res, irradiées vers les grandes lèvres, prédominantes à droite et accompagnées de constipation opiniâtre. Points douloureux costo-musculaire et costo-vertébral. Urines non purulentes. Pas d'albumine. Début du travail imprécis en raison de ces douleurs. Le 30 juillet, à 2 heures, la dilatation est à 2 fr. Les douleurs sont régulières, la tête est engagée, le dos à gauche, auscultation positive à gauche.

A 14 heures, la dilatation est complète; on rompt artificiellement les membranes. Au toucher, on trouve la fontanelle antérieure au centre du bassin, la suture sagittale suivant le diamètre oblique gauche. Efforts d'expulsion réguliers et normaux. Les battements du cœur sont normaux.

A 16 heures, même situation. La tête est à la partie inférieure de l'excavation et ne se fléchit pas. Le fœtus paraît volumineux. Les battements du cœur sont bons.

A 17 heures, malgré des efforts d'expulsion excellents, la tête est dans la même attitude; les battements du cœur semblent s'assourdir. On décide une application de forceps sous chloroforme, aidée de la position de Devraigne-Descomps dans le but de mobiliser la symphyse pubienne autour de l'occiput du fœtus et d'agrandir le détroit inférieur.

Application de forceps facile en G. A.; tractions modérées sans résultat appréciable. La traction étant maintenue, deux aides fléchissent progressivement les cuisses en position obstétricale aussi exagérée que possible; puis extension des jambes, de manière à amener les orteils près de la tête de la malade. Aussitôt la fontanelle postérieure est au toucher derrière la symphyse et la tête achève facilement sa descente.

Large épisiotomie, réparée ensuite par deux points.

Enfant en asphyxie bleue qui respire et crie après aspiration des membranes. Délivrance naturelle avec une légère inertie.

O. M. = 13,8 S. O. B. = 10,8 B. I. P. = 9,6 S. M. B. = 11,5

O. F. = 12,7 S. O. F. = 12,1 B. I. T. = 8,2

Suites physiologiques.

OBSERVATION X.

Version par manœuvres internes. — Forceps sur tête dernière.

*Rupture prématurée des membranes. — Décès de l'enfant
par hémorragie méningée.*

(3 novembre 1927, n° 803.)

Mme A., secondipare de 21 ans, entre le 2 novembre, à 21 heures, accompagnée de sa sage-femme, parce que la dilatation est stationnaire à 5 francs depuis le matin. Membranes rompues depuis le 30 octobre. Battements du cœur normaux. Pas de température. On lui fait 1 cc. de morphine.

Le 3 novembre au matin : état stationnaire.

Examen. — Le col paraît encore résistant, la tête est élevée. On arrive, à la partie antérieure, sur un plan résistant et dur; plus en arrière, on trouve le nez et les cavités orbitaires. On n'atteint pas la bouche. L'enfant paraît gros. Bassin normal.

A 15 heures, la dilatation a progressé, elle est à palmaire. La tête semble avoir descendu. Température 38°8. On décide l'intervention. M. Gautret fait une version par manœuvres internes, car il reste encore du liquide amniotique. Abaissement du pied relativement aisé, l'évolution fœtale se fait bien. Extraction du fœtus et manœuvre de Muller sans difficulté.

La tête dernière se défléchit légèrement; application de forceps facile.

Enfant de 3 kg. 300 en état de mort apparente, battements du cœur irréguliers. Il meurt vingt heures après.

Autopsie. — Hémorragie méningée bilatérale au niveau de la tente du cervelet. On fait une injection de 6 centigrammes de sulfarsénol préventif à la mère.

Délivrance suivie de revision.

O. M. = 12,7 S. O. B. = 10,2 B. I. P. = 8,2 S. M. B. = 11,9

O. F. = 12,5 S. O. F. = 11,3 B. I. T. = 7,5

Membranes, 18-8.

Suites normales.

OBSERVATION XI.

Accouchement prématuré à 8 mois et demi. — Transformation spontanée en face pendant la période d'expulsion. — Insertion basse du placenta. — Albuminurie.

(19 novembre 1927, n° 854.)

Mme G..., 24 ans, secondipare. A présenté pendant les quatre derniers mois de la gestation 1 g. 75 d'albumine dans les urines. Elle est amenée à la Clinique le 19 novembre par la sage-femme pour présentation du front en N. I. G. A. et albuminurie. Elle a perdu les eaux.

A la dilatation complète, on sent dans le diamètre oblique gauche d'abord le nez, puis le front. On décide alors une version par manœuvres internes. Pendant le transport de la malade sur la table d'intervention, la présentation se réduit spontanément et on se trouve en présentation de la face (M. I. G. A.).

Accouchement spontané. Dégagement en M. P. Enfant petit (2 kg. 540). Délivrance naturelle, la petite membrane ne mesure que 2 centimètres. Placenta dégénéré : deux cicatrices de foyers hémorragiques.

OBSERVATION XII.

Dilatation artificielle par le ballon de Champetier. — Version par manœuvres internes. — Dystocie de la tête dernière.

Enfant mort-né.

(14 juin 1926, n° 438.)

Femme de 40 ans, III-pare. Entre à la salle de travail, à terme, le 14 juin, à 6 heures.

A 11 heures, dilatation à 5 francs. Col mou rigide, la poche des eaux est rompue; on diagnostique une présentation du front avec la fontanelle antérieure à gauche.

La présentation n'appuie pas sur le col. Les bruits du cœur sont bons.

On introduit un ballon moyen dans l'utérus, qui amène rapide-

ment la dilatation comme une paume de main. Les bruits du cœur deviennent lents et irréguliers. On enlève le ballon à 11 h. 30 et on décide une version par manœuvres internes. Saisie du pied antérieur laborieuse. A ce moment, légère hémorragie. L'évolution est assez rapidement obtenue.

Extraction du siège un peu longue. Les battements du cœur deviennent défectueux. Anse du cordon, le cordon ne bat pas. Les bras sont relevés; on pratique la manœuvre de Muller avec succès.

Il y a une déflexion partielle de la tête. La bouche est accessible en arrière, mais élevée. Tentatives de flexion et d'abaissement de la présentation, qui restent infructueuses. Echec du forceps. On termine manuellement grâce à une expression utérine énergique. Les bruits du cœur fœtal s'arrêtent rapidement.

(OBSERVATION XIII.

Présentation du siège. — Version par manœuvres externes.

Présentation du front. — Forceps.

(4 juin 1925, n° 387.)

Mme R..., secondipare de 22 ans. Les quatre premiers mois, vomissements incoercibles, avec amaigrissement marqué. Elle a eu ensuite une présentation du siège pour laquelle une version par manœuvres externes a été pratiquée.

Elle entre en travail le 3 juin vers 10 heures du soir. Le 4, à 10 heures du matin, la dilatation est à 5 francs, puis ne progresse plus. La poche des eaux est plate. La tête est très mal fléchie; au toucher, on arrive sur la fontanelle antérieure au centre de l'excavation. A 15 heures, on rompt la poche des eaux; la dilatation est à petite palmaire. Les battements du cœur fœtal sont irréguliers. A 16 heures, on intervient à grande palmaire, le col étant souple. Application de forceps en gauche transverse. On extrait un enfant de 4 kilos, qui crie aussitôt né.

O. M. = 13,1 S. O. B. = 10,3 B. I. P. = 9,8 S. M. B. = 10,2

O. F. = 11,5 S. O. F. = 11,3 B. I. T. = 7,4

Membranes, 33-3.

Pirou.

OBSERVATION XIV.

Présentation de la face. — Transformation spontanée en front. — Echec du forceps. — Version par manœuvres internes. Gros enfant vivant. Hémorragie méningée. — Guérison.

(14 septembre 1925, n° 613.)

Femme de 29 ans, II-pare, qui entre en salle d'accouchements le 14 septembre à midi, la dilatation étant comme 2 francs.

A grande palmaire, la dilatation reste longtemps stationnaire. On rompt les membranes et on constate une présentation de la face au détroit supérieur en M. I. G. P.

A dilatation complète, la tête se fléchit progressivement, et à 21 heures on accède facilement sur la fontanelle antérieure, le doigt atteint le front, les globes oculaires, le nez et, difficilement, très haut, la bouche du fœtus. On essaie alors de défléchir plus complètement la présentation en mettant deux doigts dans la bouche, en même temps qu'on applique le forceps. Application correcte impossible et le forceps dérape malgré des tractions prudentes. Plusieurs tentatives ont le même insuccès. On décide de tenter la version après injection de morphine et sous chloroforme.

La saisie du pied est assez difficile; cependant, on y réussit en débloquent la tête avec la main droite, tandis que la main gauche saisit le bon pied. L'évolution est dès lors facile et l'extraction se fait rapidement. Enfant de 4 kg. 250, qui crie aussitôt.

Le lendemain, température à 40°8, teint cyanosé, ecchymose sous-conjonctivale droite. La ponction lombaire ramène un liquide uniformément teinté de sang s'écoulant goutte à goutte. Une deuxième ponction le lendemain ramène un liquide xantho-chromique. Une troisième tentative est infructueuse. En raison de l'amélioration, on n'insiste pas. L'enfant s'élève dès lors normalement.

O. M. = 14,5 S.O.B. = 11 B.I.P. = 10 S.M.B. = 9.

O. F. = 12,2 S.O.F. = 11 B.I.T. = 8

OBSERVATION XV.

*Hydramnios. — Version par manœuvres internes
après dilatation manuelle.*

(8 décembre 1925, n° 817.)

Mme B..., primipare de 20 ans, présente une déviation de la colonne vertébrale. Elle entre dans le service le 8 décembre, à 8 heures. Dilatation à 2 francs, présentation de l'épaule; la tête se trouvant dans la fosse iliaque droite, l'utérus est déjeté à gauche. On place une ceinture avec des tampons d'ouate pour amener la tête au détroit supérieur. Il faut recommencer souvent, car la tête revient dans la fosse iliaque. Les battements du cœur sont irréguliers.

A 15 heures, rupture de la poche des eaux, qui sont fortement teintées de méconium. La tête reste mobile au-dessus du détroit supérieur. Au toucher, on la sent très haute en position intermédiaire. A 16 heures, tête légèrement défléchie, les battements du cœur sont irréguliers.

A 16 h. 30, dilatation petite palmaire. On pratique une dilatation manuelle. On essaie deux fois de fléchir la tête, mais elle se défléchit immédiatement. Il y a encore de l'eau dans l'utérus; on décide une version.

Anesthésie au chloroformé et injection de 1 cc. de morphine. Opération facile : les bras sont extraits par la manœuvre de Muller et la manœuvre de Mauriceau est peu pénible.

Enfant de 3 kg. 400 en état de mort apparente, facilement ranimé.

O. M. = 11,3 S.O.B. = 10,4 B.I.P. = 9,8 S.M.B. = 11,3.

O. F. = 9,4 S.O.F. = 11,5 B.I.T. = 8.

OBSERVATION XVI.

Version par manœuvres internes.

(20 décembre 1925, n° 844.)

Mme P..., 32 ans, VI-pare. Entre dans la salle le 20 décembre, à 21 heures. Elle a commencé à souffrir à 6 heures; a perdu les eaux spontanément à 14 heures.

A son entrée, dilatation à petite palmaire. On tombe sur le front; on atteint la fontanelle antérieure à gauche et en avant; en arrière, la bouche est inaccessible. Peu de contractions. Les bruits du cœur sont sourds et à peine perceptibles. On attend la dilatation complète, et à 23 heures on pratique une version sous anesthésie générale.

On saisit facilement le pied antérieur, que l'on abaisse, après avoir refoulé la tête dans la fosse iliaque gauche. Ultérieurement, un aide la repousse. La version s'effectue aisément. On pratique l'expression utérine; néanmoins, les bras se relèvent et la manœuvre de Muller ne peut les extraire. On va chercher le bras postérieur, que l'on abaisse assez facilement, puis le bras antérieur. On achève l'extraction par la manœuvre de Mauriceau.

Enfant de 3 kilos.

O. M. = 11,5 S.O.B. = 10 B.I.P. = 9. S.M.B. = 10,5.

O. F. = 10,5 S.O.F. = 11,5 B.I.T. = 8.

OBSERVATION XVII.

Transformation spontanée en sommet.

(26 décembre 1925, n° 864.)

Mme G..., secondipare de 21 ans, en travail depuis le 25 au soir. Dilatation un peu lente. Rupture provoquée de la poche des eaux à 6 h. 30, la dilatation étant complète. La fontanelle antérieure se trouve au centre du bassin. La malade pousse, cette fon-

tanelle se rapproche des bords de l'excavation, et la fontanelle postérieure devient perceptible en droite postérieure.

Période d'expulsion longue, les contractions sont espacées. Une bosse séro-sanguine apparaît, qui gêne l'examen. A 8 h. 30, la tête se dégage en occipito-sacrée.

Après l'expulsion, on constate que la bosse séro-sanguine siège sur le front. Dans la suite, on se rend compte que les bosses frontales sont anormalement développées.

Enfant de 3 kg. 300.

O. M. = 12 S. O. B. = 10 B. I. P. = 10
S. M. B. = 11,5

O. F. = 11,5 S. O. F. = 12 B. I. T. = 8,5

Membranes, 39 — 2.

OBSERVATION XVIII.

(Publiée par M. FAVREAU, *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1929, p. 343.)

Présentation du front et dystocie annulaire. — Echec de la version. — Transformation en sommet. — Extraction au forceps. — Enfant vivant.

(4 juin 1924, n° 345.)

Il s'agit d'une secondipare de 26 ans, dont la première grossesse eut lieu à 22 ans, avec accouchement normal à terme d'un enfant de 3 kg. 140.

La grossesse actuelle s'est bien passée. La malade entre dans le service de la Clinique obstétricale le 4 juin 1924, à 12 h. 30. Le travail a débuté le matin à 5 heures. Les membranes ont été rompues en ville par la sage-femme vers 9 heures.

Cette femme se plaint de souffrir affreusement; elle crie perpétuellement, surtout au moment des contractions; elle se tord sur son lit et change fréquemment de position.

Examen. — Son abdomen est proéminent, le fond utérin remonte à 36 centimètres de la symphyse; l'utérus est dévié à droite. Il présente une forme en sablier avec une zone rétrécie, un anneau

de contraction à la partie médiane. Il y a ainsi deux tumeurs superposées. La supérieure est dans l'hypocondre droit, très latéralisée. De ses deux bords et dans le quart supérieur, on sent les deux cordes tendues des ligaments qui se dirigent vers les fosses iliaques.

La tumeur inférieure, au-dessus de la symphyse pubienne, est irrégulière, assez difficile à déterminer. Cependant, on arrive à identifier sur le segment inférieur très distendu une zone épaissie latéralement ayant l'allure d'un placard fibromateux appliqué sur une tête défléchie. La vessie, pleine, gêne l'exploration.

Les contractions utérines sont très fréquentes et très douloureuses. On a l'impression que l'utérus est perpétuellement contracté, avec des temps d'acmé de contractions très rapprochés.

L'exploration permet de situer l'enfant avec la tête défléchie en bas, le dos très incurvé à gauche.

Les bruits du cœur sont bons.

Au toucher, col tendu et épais, sans être absolument rigide. La dilatation est à petite palmaine. Au niveau du détroit inférieur, on reconnaît la tête avec sa fontanelle antérieure, presque au centre de l'excavation, légèrement en arrière et à gauche; en avant, en suivant la suture frontale, on tombe sur les arcades sourcilières. On ne peut atteindre la fontanelle postérieure. Le bassin est spacieux.

Diagnostic. — Contracture utérine et menace de rupture avec une présentation du front. Après l'arrivée de la malade, la dilatation restant stationnaire, on fit de la morphine. La contracture fut moins violente.

A 14 h. 30, on fit de nouveau de la morphine avec quelques bouffées de chloroforme. L'utérus reprenait une apparence plus uniforme dans l'intervalle des périodes d'acmé. La dilatation a progressé, elle peut être considérée comme complète.

Intervention sous chloroforme. La main est introduite profondément, elle repousse les bosses frontales; il s'écoule alors un peu de liquide amniotique clair.

Dans l'intervalle des contractions, on peut introduire la main entre la tête et le segment inférieur; on reconnaît ainsi la face et

les membres inférieurs à son niveau. Mais plus haut il y a une vraie zone de contracture qui empêche de progresser. Une version serait impossible. On réussit à fléchir la tête, qui revient à sa position première quand on la lâche. On décide une application de forceps.

La tête, fortement fléchie, est maintenue par un aide, qui appuie sur l'abdomen. Le forceps peut être appliqué en gauche transverse. Les tractions basses sont faites très lentement, l'aide appuie fortement sur l'abdomen. L'engagement dans le diamètre oblique, puis la rotation en occipito-pubienne se font aisément; mais au moment où la tête apparaît à la vulve, le forceps tend à dérapper. On désarticule, une nouvelle prise directe est faite, et l'extraction a lieu sans déchirure.

Le dégagement des épaules présente quelques difficultés, mais grâce à l'expression abdominale l'accouchement se termine heureusement.

L'enfant, de 3 kg. 500, un peu cyanosé, respire et crie facilement. Il a une tête dolichocéphale, ronde comme une boule. Dans les jours suivants, il a présenté une légère paralysie faciale droite d'origine périphérique.

La délivrance naturelle eut lieu vingt minutes après; le placenta était inséré sur la partie haute de l'utérus.

Les suites de couches furent apyrétiques.

OBSERVATION XIX.

Présentation du front. — Version par manœuvres internes après échec du forceps. — Procidence du cordon. — Forceps sur tête dernière. — Enfant mort-né.

(15 octobre 1924, n° 660 bis.)

Mme P., III-pare de 34 ans.

Enfant de 4 kg. 150.

O. M. = 13 S. O. B. = 9,8 B. I. P. = 9,5

O. F. = 11 S. O. F. = 11 B. I. T. = 7,5

S. M. B. = 10,5.

La mère sort le 4 novembre après endométrite.

OBSERVATION XX.

Version par manœuvres internes. Forceps sur tête dernière.

Enfant mort.

(25 avril 1923, n° 250.)

Primipare de 34 ans. Entre dans le service à 14 heures, étant en travail depuis 6 heures du matin; la rupture des membranes s'est produite à ce moment. Le palper est difficile et douloureux, les contractions sont fréquentes. L'examen obstétrical pendant la grossesse a montré un petit fibrome pédiculé de la face antérieure de l'utérus, près de la corne droite, gros comme une noix, non douloureux.

Au toucher, dilatation comme 2 francs; présentation du front, en position gauche; le bassin paraît rétréci, mais n'a pas été mesuré.

A 16 h. 30, les battements du cœur sont sourds. Issue de méconium. Le front tendant à s'engager, on place un ballon de Champetier intra-utérin; il est expulsé à 17 h. 30. Sous chloroforme, on tente la version par manœuvres internes. L'utérus se relâche sous l'influence de l'anesthésie, permettant de saisir un pied, mais l'évolution n'est réalisée qu'après un temps assez long, malgré les manœuvres externes associées aux tractions. Pendant cette période, on note de nombreux mouvements du fœtus. L'abaissement des bras est facile. La tête dernière est retenue au détroit supérieur défléchie. On parvient à la fléchir et à l'engager en transverse, mais elle est retenue dans l'excavation. Application de forceps. Les bruits du cœur sont encore perçus, mais s'arrêtent bientôt complètement, malgré toutes les manœuvres, y compris le tube de Ribemont.

Enfant de 2 kg. 300.

O. M.=12 S. O. B.=9 B. I. P.=8,8

O. F.=11,4 S. O. F.=10,3 B. I. T.=7,1

S. M. B.=9,6.

Membranes, 29—6.

OBSERVATION XXI.

Antéversion utérine. — Version par manœuvres internes.

Enfant mort-né.

(17 mai 1923, n° 296.)

Mme P..., III-pare de 36 ans, gênée par son abdomen antéversé, a dû porter une ceinture pendant la grossesse.

A 8 heures, la dilatation est complète; on rompt artificiellement les membranes. Au toucher, la fontanelle antérieure est un peu à gauche du centre de l'excavation. A droite, on sent les yeux, le nez, la bouche; on ne peut atteindre le menton.

Auscultation positive à droite. Battement du cœur irréguliers et assourdis. Sous anesthésie, on essaie de fléchir la tête, puis de compléter la déflexion, sans succès. On décide la version par manœuvres internes.

Dès l'introduction de la main gauche, on s'aperçoit que l'utérus est rétracté, malgré la rupture très récente des membranes. On parvient difficilement jusqu'aux pieds, qui sont très profondément situés au fond de l'utérus. On abaisse le pied antérieur et on effectue des tractations sur ce pied. Malgré les manœuvres externes combinées, pas d'évolution.

On va alors à la recherche du deuxième pied, qui est très difficilement atteint du fait de la rétraction utérine, qui paralyse la main, et de l'antéversion utérine, qui force la main à l'hyperextension. Le résultat n'est atteint qu'en plaçant la femme en décubitus latéral droit. Les tractions exercées sur les pieds ne permettent pas l'évolution. On attache un laçs sur chaque pied et on obtient l'évolution par la double manœuvre de Justine Sigmondun.

L'extraction est terminée alors sans difficulté. Enfant mort. Délivrance artificielle.

Suites de couches physiologiques.

OBSERVATION XXII.

Présentation du front. — Basiotripsie. — Bassin rétréci.

Dilatation aiguë de l'estomac.

(17 novembre 1923, n° 652.)

Mme D..., secondipare, entre le 17 novembre, à 18 heures, envoyée par son médecin. La dilatation est complète depuis quarante-huit heures et les battements du cœur fœtal ne seraient plus entendus.

Examen. — Femme dont l'état général est très touché. Température, 39°6. Pouls à 180, avec nombreuses intermittences.

Abdomen : Tuméfaction longitudinale médiane. La palpation, en raison de la contracture, ne donne pas de résultat. L'auscultation est positive à gauche et au-dessus de l'ombilic.

Au toucher, présentation élevée. Bosse séro-sanguine saillante, siégeant au centre de la présentation; en avant et à droite, on trouve les arcades orbitaires et les yeux; en arrière et à gauche, on tombe sur la fontanelle antérieure et la partie antérieure de la suture sagittale.

Donc naso-iliaque droite antérieure au-dessus du détroit supérieur dans un bassin généralement rétréci, dont le promontoire est à 9 cm. 5.

Intervention (18 h. 30). — Injection de 1 cc. de morphine. Anesthésie. Tentatives de forceps : prises correctes, mais pas de descente de la présentation.

Essai de version par manœuvres internes. On n'insiste pas en raison de la contracture utérine. Transformation du front en face, mais cette présentation ne se maintient pas.

A 21 heures, on injecte de la caféine, de l'huile camphrée et de l'éther. L'état général n'est pas plus mauvais, mais le pouls est toujours très rapide et irrégulier. Les battements du cœur fœtal ne sont plus perçus, on décide une basiotripsie. Deux essais échouent en raison des difficultés que l'on a à placer correctement la deuxième branche. Une troisième tentative amène assez facilement le fœtus : enfant de 3 kg. 200, sans matière cérébrale.

Délivrance artificielle. Vérification utérine : pas de lésions anormales du col, segment inférieur intact. Injection intra-utérine d'eau iodée. La malade est remise dans son lit à 22 heures. On lui fait 60 cc. de sérum antistreptococcique et 5 cc. d'huile camphrée.

Le 18 novembre, pouls à 180, irrégulier. Rien de particulier du côté de l'abdomen. Absès de fixation. Glace sur le ventre.

Le 19 novembre, dilatation aiguë d'estomac, améliorée par deux lavages à deux heures d'intervalle.

Sortie le 9 décembre en bon état.

OBSERVATION XXIII.

Présentation du front. — Transformation manuelle en face.

(14 octobre 1918, n° 446.)

Primipare de 26 ans à terme. Le début du travail se fait le 14, à 6 heures; la dilatation est complète le 15, à 2 heures.

Examen. — Utérus à grand axe longitudinal médian. Tête amorcée avec grosse saillie à droite. Dos et siège difficilement perçus. Battements normaux au niveau de l'ombilic et sur la ligne médiane. Au toucher, poche des eaux rompue, front au centre du bassin; à gauche, on sent le nez et les globes oculaires.

Transformation manuelle en face : M. I. G. A.

Enfant de 3 kg. 300, né en état de mort apparente.

O. M. = 11 S. O. B. = 9,5 B. I. P. = 8,5 S. M. B. = 9,5.

O. F. = 10 S. O. F. = 10,5 B. I. T. = 7,5

Membranes, 31 — 7.

OBSERVATION XXIV.

Présentation du front : dégagement en O. S.

(18 juin 1917, n° 77, t. II.)

IV-pare de 32 ans. Début du travail le 18, à 4 heures.

Examen. — Utérus à grand axe longitudinal. Palpation très difficile. Tête mobile au D. S., mal fléchiée. Les battements du cœur sont perçus sur la ligne médiane. Au toucher, col déhiscent,

épais, dur, irrégulier, qui s'infiltré énormément pendant le cours du travail. Poche des eaux plate, parties fœtales élevées.

A midi, température, 38°; pouls à 120.

Au toucher, dilatation à petite palmaire, col infiltré. Le front engagé est saillant au centre de l'excavation. Fontanelle antérieure accessible. Contractions espacées de moyenne intensité.

Les bruits fœtaux sont ralentis. Injection d'adrénaline.

A 13 h. 15, dilatation complète. La femme pousse énergiquement; la tête se fléchit, rotation en O. S. Expulsion en un quart d'heure.

Enfant né en état syncopal; a été ranimé à l'aide de bains.

Délivrance spontanée dix minutes après.

Poids de l'enfant, 2 kg. 830.

O. M. = 11,5 B. I. P. = 8 S. O. B. = 9 S. M. B. = 9.

O. F. = 10,5 B. I. T. = 7 S. O. F. = 10.

CONCLUSIONS

Nous dirons, avec Maret, que la présentation du front, tout en étant une dystocie, a cependant perdu de la gravité qu'on a toujours voulu lui attribuer.

L'accouchement spontané se produit dans une proportion de 25 à 58 p. 100 des cas. Soulignons que cet accouchement spontané peut s'observer non seulement avec des petits fœtus, mais même avec des enfants de volume moyen ou au-dessus de la moyenne (obs. IV).

La mortalité maternelle est nulle dans notre relevé (série continue de 24 cas en quinze ans). C'est un résultat heureux, mais qui doit rester sensiblement proche de la vérité, car le pronostic de l'accouchement en front ne devrait pas comporter une mortalité plus élevée que celle de l'intervention la plus importante qu'on puisse faire dans ce cas : la césarienne basse (mortalité, 2 à 3 p. 100).

La thérapeutique doit être éclectique :

La version par manœuvres internes reste indiquée lorsque les conditions pour la pratiquer sont remplies : dilatation complète, poche des eaux intacte ou rompue depuis peu, bassin normal, fœtus de volume moyen ou petit.

Dans tous les autres cas, c'est *l'épreuve du travail* qu'il faudra pratiquer, avec, comme sanction :

- a) Accouchement spontané ou forceps à la vulve;
- b) Si la tête reste élevée au détroit supérieur ou à la partie haute de l'excavation, la césarienne basse.

Les pelvitomies ne paraissent avoir que des indications d'exception (tête enclavée). On adoptera alors de préférence la symphyséotomie sous-cutanée de Zarate.

VU, POUR LE DOYEN,

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. ANDERODIAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 15 novembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLFELD. — Die Entstehung der Stirn und gesichtslagen, 1873.
Arch. f. gyn., Bd XVI, Hft I, p. 47.
- AUDEBERT et ESTIENNY. — Observations d'accouchement par la méthode de Delmas. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, nov. 1929, p. 672.
- Quatre observations de présentation du front. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1930, p. 728.
- AUDEBERT et GALY-GASPARROU. — Huit observations de présentation du front. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1927, p. 587.
- AWARD. — Travaux d'obstétrique, 1889, t. III, p. 172.
- BASSIN. — Les présentations du front et leur thérapeutique. Thèse Paris, 1930.
- BAUDELLOCQUE. — L'art des accouchements, t. II, p. 35, Paris, 1796.
- BELLUZI. — Contributo allo studio del parto per la fronte. Memoria dell' Accademia delle Scienze del instituto di Bologna, série IV, t. VI, 1884.
- BLANC. — *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1886.
- BONNAIRE. — De la présentation du front. *Gaz. des hôp.*, 23 mars 1889.
- BRINDEAU. — Présentation du front. In *Pratique de l'art des accouchements*, t. III, Paris, Vigot, 1927.
- BROUHA. — Présentation du front chez une éclamptique à bassin légèrement rétréci. *Liège médical*, 21, 1783, 23 déc. 1928.
- BUATON-WIGGIN. — Resumé of face and brow presentation. *Rhode-Island M. J.*, 5, 328, oct. 1922.
- BUDIN. — De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique. Thèse Paris, 1876, p. 53.
- BUDIN et DÉMELIN. — Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement, Paris, 1888, t. I, p. 661.

- CAZALS. — Thèse Paris, 1888.
- CHAMBRELENT-PÉRY. — Présentation du front ayant nécessité une basiotripsie. *Bull. de la Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 1914, p. 110.
- CHEVALIER. — Thérapeutique des présentations persistantes du front. Thèse Paris, 1909.
- CHIARLEONI. — Dystocia mecanica foetale per present. del fronte. *Ann. di Obstet.*, 1884.
- DEVARS. — Etude clinique et expérimentale sur les présentations du front et l'accouchement par le front. Thèse Lyon, 1885.
- FAVREAU. — Présentation du front et dystocie annulaire. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, p. 343, mai 1929.
- FOURNIER. — Présentation du front enclavé. Césarienne tardive d'urgence. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, p. 770, 1928.
- FREITAS-SIMÕES (DE). — A proposito de dois casos de apresentacao de fronte. *Médecine contemporaine*, 49, 253, 19 juill. 1931.
- FIEUX. — Traitement de la présentation de la face. *Rev. prat. d'obst. et de péd.*, juin 1901.
- FRUHNHOLZ. — Présentation du front. *Rev. prat. d'obst. et de péd.*, juill.-août 1906.
- GAUSSEL. — Une présentation du front. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1920, p. 288.
- GOSSIP. — Brow presentation. *Brit. M. J. I. K.*, 784, mai 1926.
- GRAVIER. — De la conduite à tenir dans les présentations de la face. Thèse Paris, 1893.
- HEINRICIUS. — De l'accouchement dans les présentations du front. Helsingfors, 1883. *Arch. de gyn.*, août 1884.
- HEINLEIN. — Brow presentation with transverse frontal suture. *Zentr. F. gyn.*, 46, 2065, 30 déc. 1922.
- JACQUEMIER. — Traité d'obstétrique, 1846.
- JEANNIN. — La présentation du front. *Rev. gén. de théor.*, Paris, 1925, p. 691.
- JESS. — Mechanism of Labor in frontal presentation and its surgical treatment. *Zentr. gyn.*, 49, 2609, 14 nov. 1925.
- Zur etiologie der deflessionslagen. *Zentr. gyn.*, 1923, p. 565.
- KAISER UEBER. — Vorderhauptlagen, 8^e Basil 1914.

- KERMANNER. — Die geburt in strekhaltung des Kinder. *Zentr. Geburt. u. gyn.*, 94, I, 19, 1928.
- LACHAPELLE (Mme). — Pratique des accouchements, t. I, 3^e mémoire, p. 370, Paris, 1820.
- LEVY. — Cinq cas de présentation du front observés à la clinique. *Rev. prat. d'obst. et de pédiat.*, Paris, 1912, p. 182.
- LOPEZ HERMOSA. — Parto en la presentacion de fronte. *Gaz. Med. de Mexico*, 640, nov.-déc. 1926.
- MALZAC. — Contribution à l'étude de la conduite à tenir dans les présentations du front. Thèse Montpellier, 1896.
- MANGIAGALLI. — Il parto, il fronte. *Ann. di obstet.*, 1880 et 1884.
- MARET. — De la présentation du front. *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1923, p. 339.
- MAURICEAU. — Observ. sur la grossesse et l'accouchement des femmes, etc. Paris, 1738, t. II, p. 439.
- NAEGELÉ et GREUSER. — Traité d'accouchements, traduit par AUBENAS, Paris, 1880, p. 231.
- OSTER. — Contribution à l'étude de la présentation du front, etc. Thèse Nancy, 1907.
- OUI. — Présentation du front. Transformation en face. *Arch. d'obst. et de gyn.*, 1912, p. 198.
- Hystéropexie par ventrofixation. Bassin rétréci. *Arch. d'obst. et de gyn.*, 1914, p. 121.
- PÉRY. — Sur un cas de présentation du front. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1911, p. 85.
- PLANCHU. — Des différents modes de dégagement dans les présentations du front. *Lyon médical*, nov. 1903, p. 697.
- POLLOSSON. — Du mécanisme de l'accouchement dans la présentation du front. *Ann. de gyn. et d'obst.*, p. 161, mars 1892.
- PINARD. — Soc. d'obst. et de gyn., 15 juin 1908 et 11 juin 1902.
- RIBEMONT, DESSAIGNE et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, p. 353, Paris, 1904.
- SCHROEDER. — Manuel d'accouchements, traduit par CHARPENTIER, 1864, p. 168.
- SUNDE. — Peroneal paralysis after labor with brow presentation. *Norsch. Mag. F. Laegevid*, 90, 773, juill. 1929.

- TARNIER et CHANTREUIL. — Traité de l'art des accouchements, Paris, 1882, t. I, p. 661.
- VANVERTS. — Une cause de présentation persistante et d'irréductibilité du front non engagé. *Soc. d'obst. et de gyn.*, 1927, p. 48.
- VARNIER. — La pratique de l'art des accouchements. *Obstétrique journalière*, Paris, 1900, p. 173.
- WALLICH. — De la symphyséotomie dans les présentations persistantes du front. *Soc. d'obst., de gyn. et péd.*, janv. et juill. 1902.
- VINCKEL (VON). — Handbuch der geburtshulfe. Wiesbaden, 1904, Erster Bd II Hfte, p. 1093.
- ZIMMERMANN. — Mechanico of brow presentation. *Zeitschrift F. Gebursts. U. Gyn.*, 83, 725, juill. 1921.

